DISSERTATION

N° 114

SUR LES DIFFÉRENCES

QUE PRÉSENTE LA PNEUMONIE

CHEZ L'ENFANT, L'ADULTE ET LE VIEILLARD ;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 26 mai 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR DELPHIN-AUGUSTIN BERTON, de Champigny-sur-Veude,

Département d'Indre-et-Loire ;

Interne des hôpitaux et hospices civils de Paris ; ancien Élève de l'École pratique ; Membre de la Société anatomique, du Lycée médical, etc.

Ego liberam medicinam profiteor : nec ab antiquis sum, nec à novis ; sed utrosque, ubi rerum colunt, sequor. BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Suppléant.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Président.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Examinateur.* BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Berard, *Suppléant.*	Gerdy.
Blandin, *Examinateur.*	Gibert.
Bouillaud, *Examinateur.*	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CARISSIMO MAGISTRO

DOCTORI LULLIER-WINSLOW,

Honorificæ Legionis equiti nec non ordinis Danebrog; nosocomii vulgò dicti Bicêtre atque Carcerum medico

GRATI ANIMI ET REVERENTIÆ

UT SINCERUM PIGNUS

HOC TENTAMEN MEDICUM

VOVET ET DICAT

MEMOR DISCIPULUS

D.-A. BERTON.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0004delp

DISSERTATION

SUR LES DIFFÉRENCES

QUE PRÉSENTE LA PNEUMONIE

CHEZ L'ENFANT, L'ADULTE ET LE VIEILLARD.

Le but que je me propose dans cette dissertation étant de signaler seulement les différences que la pneumonie offre chez les enfans, les adultes et les vieillards, sans parler de l'étymologie ou de la valeur des mots *pneumonie*, *péripneumonie*, etc., ni de l'opinion des anciens sur le siége de cette affection, j'entrerai de suite en matière, et ferai en sorte de ne dire que ce qui se rattache aux différences que présentent les causes, les symptômes et le traitement de cette phlegmasie.

§ I^er^. *Causes de la pneumonie aux trois âges de la vie.*

1°. *Chez les adultes*, la pneumonie paraît être surtout produite par les variations atmosphériques, et l'on ne saurait constater quelle circonstance d'organisation les prédispose à cette maladie.

2°. *Chez les vieillards*, la pneumonie est souvent aussi due aux va-

riations atmosphériques ; mais le plus ordinairement il existe deux causes organiques qui en favorisent le développement : ces causes se trouvent dans l'état pathologique des poumons et du cœur. Il n'est pas rare, en effet, de voir le catarrhe pulmonaire chronique passer d'abord à un état subaigu et ensuite parvenir rapidement au dernier degré d'inflammation. Chez les sujets affectés de maladies organiques du cœur, on observe, surtout pendant la saison du froid, des accès de suffocation ; la respiration s'embarrasse, le cœur se laisse distendre par le sang, et il survient des phénomènes qui se rapprochent beaucoup de ceux de l'asphyxie. Dans ces circonstances la mort peut arriver en quelques instans, ou bien, sous l'influence d'une température élevée, la dyspnée peut cesser et avec elle les symptômes graves ; mais le plus souvent les accidens ne disparaissent qu'incomplètement, et la stase du sang dans le parenchyme pulmonaire a pour effet l'irritation mécanique de cet organe. Aussi voit-on bientôt les symptômes de la pneumonie se développer : celle-ci occupe presque toujours les parties déclives, et rarement les parties antérieures du poumon. On a expliqué le développement de ces congestions passives dans l'organe pulmonaire pendant le froid, chez les vieillards atteints de maladies du cœur, en disant que le sang est refoulé brusquement vers les organes intérieurs et qu'il arrive en moindre quantité à la périphérie du corps. Il est une autre remarque à faire, c'est que, chez les vieillards, les congestions et les phlegmasies des parenchymes se rencontrent bien plus souvent que les phlegmasies des membranes ; qu'une vraie et franche pleurésie est aussi rare que la pneumonie est fréquente. La muqueuse bronchique semble seule faire exception ; mais il existe là des causes particulières, et si le catarrhe pulmonaire est très-fréquent chez les vieillards, c'est qu'il est dû non pas à une inflammation primitive des bronches, mais, le plus ordinairement, à l'irritation mécanique que détermine dans le poumon la gêne de la circulation. Il ne faudrait pas croire cependant que chez les vieillards la pneumonie fût toujours précédée d'une congestion passive qui finit par produire l'inflamma-

tion; loin de là, chez eux la pneumonie peut être franche, débuter comme chez l'adulte, et n'en différer que par sa marche, généralement plus lente. J'exposerai plus bas les trois formes de pneumonie que j'ai observées chez les vieillards.

3°. *Chez l'enfant nouveau-né*, comme chez le vieillard, au lieu de survenir d'une manière idiopathique, la pneumonie est souvent consécutive de la stase du sang dans le poumon; elle est mécaniquement produite et a presque toujours son siége dans le bord postérieur du poumon droit. Il a été reconnu que ce phénomène était dû seulement à la position de l'enfant, que l'on est dans l'habitude de coucher sur le côté droit. Un autre caractère anatomique, c'est que la plèvre, qui chez l'adulte présente presque toujours plus ou moins de traces d'inflammation, reste saine dans la pneumonie des enfans comme dans celle des vieillards. Sous ce double rapport de la congestion passive qui précède et de l'absence des lésions de la plèvre, la pneumonie offre assez d'analogie dans les deux extrêmes de la vie. Existe-t-il quelque cause organique qui puisse expliquer cette analogie? Chez l'enfant nouveau-né, à l'état normal, le ventricule gauche, d'après les recherches de M. *Guersent*, est au ventricule droit pour l'épaisseur de ses parois :: 3 : 1, et quelquefois :: 4 : 1; le système vasculaire à sang noir est, au contraire, très-large. Chez le vieillard, même disposition; le ventricule gauche est presque toujours hypertrophié et le droit dilaté; cependant cet état, quoique normal chez l'un et pathologique chez l'autre, semble disposer à des maladies semblables. Chez l'un et l'autre les pneumonies sont fréquentes, souvent latentes et, le plus ordinairement, consécutives soit de congestions pulmonaires, soit de simples bronchites. C'est à la suite des pneumonies que succombent la plupart des jeunes enfans et des vieillards. Les quatre cinquièmes des enfans qui meurent dans les hôpitaux jusqu'à la fin de la première dentition sont emportés par la pneumonie.

§ II. *Symptômes de la pneumonie aux trois âges de la vie.*

1°. *Chez les adultes.* Comme toutes les inflammations de cet âge, la pneumonie est remarquable par l'intensité des symptômes, soit locaux, soit généraux, et par la marche le plus souvent franche et rapide de la maladie vers l'une ou l'autre terminaison. Ordinairement, après un frisson plus ou moins prolongé, se manifeste, à une époque et avec une intensité variables, de la gêne à respirer, et quelquefois dans le côté malade une douleur gravative et toujours moins vive que dans la pleurésie. La toux survient, rarement sous forme de quintes, et est suivie, dès le second ou troisième jour de l'expectoration, de crachats tout à fait caractéristiques; ils sont quelquefois diaphanes et mêlés intimement à de petites bulles d'air; mais le plus souvent ils sont sanguinolens, rosés ou d'un rouge prononcé; ils peuvent être encore jaunes, safranés, verdâtres, suivant la quantité de sang qu'ils contiennent; en même temps ils sont visqueux et adhèrent assez intiment entr'eux pour ne plus former qu'un tout homogène qui se détache difficilement du vase. Si l'on percute la poitrine, elle résonne quelquefois comme dans l'état de santé, mais le plus ordinairement sa sonoréité s'obscurcit au niveau de la partie malade du poumon. Le bruit respiratoire est, dans le même point, faible, à peine distinct ou tout à fait couvert par un râle crépitant dont la présence indique et la nature de l'altération et toute l'étendue qu'elle occupe. Ce râle crépitant annonce l'engouement du poumon ou la pneumonie au premier degré.

Lorsque l'inflammation passe au second degré, la dyspnée persiste ou augmente; on n'entend plus ni râle crépitant ni respiration vésiculaire : celle-ci est remplacée par la respiration bronchique, et si l'on fait parler le malade, l'oreille, appliquée sur la poitrine, perçoit le phénomène décrit sous le nom de *bronchophonie.* La percussion donne alors un son mat. La pneumonie est arrivée à son plus haut degré d'acuité. Si, à cette époque, la maladie doit se terminer par résolu-

tion, tous les symptômes suivent une marche rétrograde, et semblent passer par les mêmes phases qu'ils ont déjà parcourues pour arriver à leur point le plus élevé; de telle manière qu'on observe d'abord le retour du râle crépitant là où il avait cessé de se faire entendre, et ensuite un mélange de ce râle avec la respiration vésiculaire, qui reparaît, et avec un râle muqueux plus ou moins prononcé. Le son mat disparaît en même temps. Si, au contraire, le mal continue à faire des progrès, la pneumonie passe au troisième degré, et dans ce cas la mort en est la terminaison presque constante. Tous les symptômes s'aggravent simultanément, l'expectoration se supprime, ou bien les crachats, excrétés avec peine, deviennent bruns, opaques, noirâtres, lie de vin, etc. Le son reste mat et le bruit respiratoire nul. Le malade n'ayant plus la force d'expectorer, les mucosités s'amassent dans la trachée-artère et les bronches, et y produisent le bruit connu vulgairement sous le nom de *râle*. La physionomie s'altère de plus en plus; une sueur visqueuse couvre tout le corps; la bouche se remplit de mucosités fuligineuses; le pouls devient petit, la langue noirâtre, la déglutition difficile, bruyante, et le malade, dont les facultés intellectuelles restent souvent intactes jusqu'au dernier moment, ne tarde pas à expirer dans des angoisses inexprimables.

2°. *Chez les vieillards,* la pneumonie peut se présenter sous trois formes principales : 1°. pneumonie franche, bien dessinée, symptômes locaux ne laissant aucun doute sur la nature de la maladie, appareil de réaction, etc. C'est la pneumonie des adultes; elle n'en diffère que par son plus de lenteur à marcher vers l'une ou l'autre terminaison. Cette forme est la plus rare, surtout pendant les froids, dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. 2°. Pneumonie consécutive à une congestion pulmonaire. Elle frappe, surtout pendant l'hiver, les individus affectés de maladies du cœur et de bronchites chroniques. La congestion pulmonaire est annoncée par l'augmentation de la dyspnée, de la densité du poumon, et s'accompagne presque toujours de palpitations plus fortes et de distension du cœur. La

pneumonie, survenant, ne donne pas lieu quelquefois à des phénomènes fonctionnels différens de ceux qui viennent d'être signalés, mais le plus ordinairement s'accompagne de phénomènes fébriles qui indiquent un travail inflammatoire. C'est la plus fréquente des pneumonies dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, où elle règne principalement pendant l'hiver. 3°. Pneumonie latente : j'emploie cette expression à défaut de meilleure. Il n'existe pas de pneumonies latentes, en ce sens que, si les phénomènes fonctionnels viennent à manquer, comme cela a lieu dans beaucoup de cas, l'attention peut n'avoir pas été dirigée vers l'organe malade ; mais alors c'est une faute de diagnostic, car les signes physiques, facilement obtenus à l'aide de l'auscultation et de la percussion, trahissent toujours le siége et la nature de l'affection. Je laisse de côté la pneumonie des agonisans. Je veux seulement parler ici des pneumonies qui, chez les vieillards, ne s'accompagnent pas de signes fonctionnels immédiats : les malades éprouvent seulement une faiblesse inaccoutumée, une altération subite des traits de la face, etc. Le moyen de reconnaître ces pneumonies se trouve dans l'emploi de l'auscultation et de la percussion, lorsque, après un examen négatif des différens appareils, on est amené à porter son attention sur l'organe respiratoire.

3°. *Chez les enfans.* Il n'est aucune époque de la vie où la pneumonie soit plus fréquente que dans l'enfance ; c'est même une des causes de la mortalité que l'on observe à cet âge. Cette maladie est d'autant plus importante à bien connaître, que les symptômes en sont le plus souvent très-obscurs ou entièrement masqués par une autre maladie ; elle doit être considérée chez les enfans nouveau-nés et chez les enfans qui approchent de la puberté.

La pneumonie des nouveau-nés, quoique très-fréquente, est fort difficile à reconnaître. Chez lui, en effet, on chercherait en vain cette foule de symptômes sympathiques qu'elle suscite ordinairement chez l'adulte, tels que chaleur halitueuse, pouls plein et fort, rougeur de la face, toux, crachats visqueux et sanguinolens, etc. : tout cela

manque le plus souvent, ou si quelques-uns de ces symptômes existent, ils ne sont pas suffisamment caractérisés. Enfin, pour les signes locaux, l'auscultation et la percussion n'offrent pas des secours aussi certains qu'aux autres époques de la vie. L'auscultation est, en effet, très-difficile, d'abord à cause des mouvemens et des cris de l'enfant, et en second lieu, parce qu'à cet âge la respiration, dans l'état de santé, ayant le caractère éminemment puéril, il est presque impossible d'apprécier une pneumonie de peu d'étendue qui se trouve masquée par le bruit de l'air pénétrant dans les parties voisines. La percussion peut également induire en erreur: si la pneumonie est peu étendue ou au premier degré, elle ne fait souvent reconnaître aucune différence de son dans les divers points du thorax.

Chez l'enfant qui approche de la puberté, la pneumonie commence à se dessiner avec les caractères qui appartiennent à la pneumonie des adultes; chez eux la congestion pulmonaire est active, et avec elle débutent ordinairement les symptômes locaux et ceux de réaction. Néanmoins, dans quelques circonstances, le diagnostic de la pneumonie est extrêmement difficile, parce que souvent elle est lobulaire, et qu'alors les signes fournis par l'auscultation sont le plus ordinairement nuls; ensuite, parce que la percussion ne met pas toujours à l'abri de l'erreur, même lorsqu'il y a hépatisation. La pneumonie, il est vrai, est facile à reconnaître si elle n'occupe qu'un seul poumon; mais il n'en est pas de même si elle s'étend aux deux à la fois, parce que chez les enfans la poitrine, naturellement très-sonore, résonne encore malgré la double pneumonie, et que l'on manque de point de comparaison, d'autant plus que la respiration se fait entendre avec un sifflement non crépitant. Pour distinguer la nature de ce bruit, il faut remarquer que ce sifflement brusque et prompt n'est pas suivi du murmure prolongé que détermine l'introduction de l'air dans les vésicules pulmonaires.

§ III. *Traitement de la pneumonie aux trois âges de la vie.*

Chez l'adulte. Comme c'est au traitement de la pneumonie chez l'adulte qu'il faut rapporter presque tout ce que les auteurs on dit du traitement de la pneumonie en général, je donnerai quelque extension à ce premier point, évitant toutefois d'entrer dans quelques discussions, qui trouveront mieux leur place dans une description générale de la pneumonie.

Les auteurs modernes semblent être d'accord sur la nécessité de la saignée dans l'inflammation du poumon ; ils ne varient guère que sur la quantité de sang qu'il est convenable de tirer. Pour la plupart, ils ne tiennent pas compte de l'époque de la maladie, comme le conseillaient les anciens, et prennent pour guide les changemens qui surviennent dans l'organe malade, et par suite l'appareil de réaction auquel ils donnent lieu. Tous sont d'accord sur ce point; mais les uns n'emploient qu'un très-petit nombre de saignées, d'autres les prodiguent avec profusion, et cependant de part et d'autre on obtient des succès qui se contrebalancent, comme on peut l'observer en suivant les différens services des hôpitaux. Je rappellerais, s'il en était besoin, que *Bordeu*, d'abord partisan de la saignée, devint *expectant*, et s'en trouva bien, partageant alors l'opinion de quelques anciens. On connaît l'anecdote qu'il raconte du vieux *Sérane*, médecin de Montpellier. *Pinel* était aussi d'avis de ne pas saigner chez les vieillards; mais cette opinion, quoique appuyée de l'autorité de noms imposans, ne peut être admise; elle prouve seulement qu'une diététique bien entendue peut, dans quelques cas, arrêter les progrès d'une maladie dont il est souvent très-difficile de se rendre maître, et que l'on a peut-être exagéré d'une part les avantages de la saignée, et de l'autre les avantages de la médecine expectante.

L'indication de tirer du sang étant établie, il faut donner la préférence aux saignées générales sur les saignées locales. Les pre-

mières ont l'avantage de diminuer de suite la quantité de sang qui, dans un temps donné, doit traverser le poumon, et de modérer ainsi le travail d'un organe qu'on ne peut suspendre entièrement. Les sangsues, de leur côté, ont l'avantage de faire disparaître la douleur locale, lorsque celle-ci surtout dépend de l'inflammation simultanée de la plèvre, et lorsque le pouls conservant encore de la force, il est nécessaire de tirer du sang, mais lentement, pour moins affaiblir le malade. Les sangsues, en outre, agissent comme les révulsifs par les piqûres qu'elles font, et peuvent être employées à une époque de la maladie où les vésicatoires seraient nuisibles, à cause de la réaction qui existe encore.

Le reste du traitement est celui qui convient aux phlegmasies, et je n'insiste pas sur ce point. Les boissons adoucissantes, administrées sous différentes formes, et la diète, sont d'un usage commun.

La méthode antiphlogistique n'est pas la seule qui ait été mise en usage. Depuis plusieurs années, quelques praticiens préconisent une méthode venue d'Italie, et créée par les partisans du *contre-stimulisme;* je veux parler de l'émétique à haute dose, proclamé en France, surtout par les docteurs *Laennec* et *Kapeler*. L'opinion des auteurs qui ont mis ce moyen en usage n'étant pas chez tous la même, et le mode d'administration ayant éprouvé de leur part quelques modifications, je crois devoir en parler succinctement.

Le professeur *Laennec* pratiquait une ou deux saignées avant d'employer le tartre stibié : souvent aussi il a guéri des pneumonies sans saignée antérieure. Immédiatement après la saignée, il donnait un grain de tartre stibié dans deux onces d'une infusion de feuilles d'oranger froide et sucrée; cinq autres doses semblables devaient être prises dans le même véhicule de deux heures en deux heures. Si les accidens n'étaient pas urgens, on suspendait alors l'émétique pendant sept à huit heures; mais si la pneumonie était très-intense ou très-avancée, le remède devait être continué sans interruption. Dans les conditions les plus graves, la dose était portée à

un grain et demi, deux grains, et même deux grains et demi, la quantité de véhicule restant la même. Il résulte des expériences de cet auteur, que l'effet du médicament n'est jamais plus rapide que quand il ne détermine aucune évacuation ; que l'on peut forcer quelquefois la *tolérance* à s'établir en associant, contre l'opinion de *Rasori*, un ou deux gros de sirop diacode à chaque dose d'émétique ; qu'une guérison parfaite peut suivre l'administration de ce médicament, donné même à l'époque où une grande partie du poumon est envahie par l'*infiltration purulente ;* que dès qu'il y a un amendement, quelque léger qu'il soit, on peut être sûr qu'en continuant le médicament la guérison aura lieu ; que l'émétique a encore l'avantage d'épargner cet affaiblissement excessif qui accompagne fort souvent la convalescence des pneumonies traitées par la saignée.

M. le docteur *Kapeler*, qui, l'un des premiers, en France, a attiré l'attention des médecins sur la méthode de *Rasori*, ne suit pas le mode d'administration conseillé par *Laennec*. Dès le début de la pneumonie, il emploie les émissions sanguines, toujours répétées, et souvent dans le même jour, concurremment avec le tartre stibié ; il ne le donne point, comme le professeur *Laennec*, dans une petite quantité de liquide, mais dans les tisanes que doit prendre le malade pendant la journée. Suivant l'intensité, l'étendue de l'inflammation et la constitution des malades, six à vingt grains de tartre stibié, dissous dans deux pots d'une tisane adoucissante, sont administrés dans les vingt-quatre heures. Ces boissons sont continuées les jours suivans jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de traces de phlegmasie pulmonaire. A ce sujet, j'ai observé : 1°. chez la plupart des malades des vomissemens, et surtout des déjections alvines, qui cessent ordinairement le lendemain ; chez quelques-uns, néanmoins, la tolérance ne s'établit que le troisième ou quatrième jour. 2°. Ces phénomènes quelquefois ne se montrent pas ; les malades n'éprouvent alors qu'un malaise plus ou moins marqué. 3°. Presque tous sont jetés, dès le

premier ou le second jour, dans une grande faiblesse accompagnée d'une sueur abondante, qui souvent paraît juger la maladie. 4°. Rarement jai vu survenir des symptômes graves de gastro-entérite. 5°. Chez presque tous les malades soumis à ce traitement la pneumonie était au second degré, pour ne rien dire de plus : chez quelques-uns même, à cause de la faiblesse et du degré avancé de la maladie, la méthode italienne a été suivie exclusivement, et ils ont guéri. J'en conclus au moins que le tartre stibié ne produit pas constamment des accidens, et qu'il peut réussir lorsque les saignées, les vésicatoires et les émolliens ont échoué.

Tous les praticiens n'ont pas la même opinion sur la tolérance et le mode d'action du tartre stibié : selon les uns, le défaut de tolérance est une contr'indication ; selon les autres, il est préférable de déterminer des évacuations très-abondantes. Cela tient aux différentes hypothèses qui ont été émises sur l'action de l'émétique. Suivant *Rasori*, on doit reconnaître au tartre stibié une action puissamment contro-stimulante : ce sel est, en quelque sorte, un antiphlogistique direct ; d'autres ont pensé que le tartre stibié augmentait l'absorption interstitielle ; et quelques observateurs, enfin, au nombre desquels je compte le docteur *Rayer* (Dict. de méd. pratiq.), n'ont vu dans l'action de l'émétique qu'une forte révulsion qui, par le mouvement perturbateur qu'elle détermine, déplace l'inflammation, empêche les liquides de se porter vers les poumons enflammés, et provoque des évacuations nombreuses, qui, en somme, produisent une déperdition équivalente à plusieurs saignées.

D'après ce simple exposé des faits, il est facile de voir que l'on n'est pas encore d'accord sur l'utilité, le mode d'administration et d'action du tartre stibié dans la pneumonie.

Administré à dose vomitive, l'émétique a joui pendant long-temps d'une certaine célébrité dans le traitement de la pneumonie. On a cité un grand nombre d'observations, et l'école de Montpellier a long-temps suivi cette thérapeutique : on sait l'usage qu'en fit

Stoll. Sans doute on a guéri des pneumonies par l'émétique seul, on ne peut nier les faits rapportés; mais est-ce une raison pour donner une préférence exclusive à une méthode sur une autre?

Chez le vieillard. Comme chez l'adulte, c'est par la saignée générale qu'il faut attaquer la pneumonie des vieillards, et le traitement ne doit varier que par son énergie, suivant les individus, si la pneumonie est franchement inflammatoire. Mais il ne faut pas oublier qu'à cette période de la vie la pneumonie est souvent précédée de congestions pulmonaires, et que cet état est tout mécanique et dû le plus souvent à une maladie du cœur ou des gros vaisseaux. La saignée générale est alors très-avantageuse, parce qu'elle fait disparaître la distension du cœur et la congestion pulmonaire qui la suit. Après elle, le pouls devient plus élevé; le cœur bat plus fortement, ses irrégularités disparaissent, ainsi que la couleur violacée de la face et les symptômes de dyspnée. L'âge avancé des malades ne contr'indique pas les saignées générales pratiquées dès le début, si à une dyspnée extrême il se joint de la force dans le pouls ou un développement des veines sous-cutanées. Le froid des extrémités n'est pas même une contr'indication, si la distension des veines existe : la chaleur revient, en effet, dès que la respiration est plus parfaite. On se fait difficilement une idée de l'effet avantageux des saignées générales dans de telles circonstances, lorsqu'on n'a pas assisté à l'observation de ces faits. Cependant, si au froid des extrémités se joint une circulation veineuse lente, des veines peu distendues, un pouls faible, si la congestion pulmonaire ou la pneumonie existe depuis plusieurs jours, il faut alors se garder de saigner.

Un point capital reste à décider : on demande si en saignant ces vieillards ils ne tomberont pas, quelque temps après, dans une faiblesse dont rien ne pourra les tirer? Sans doute cet effet est à craindre, et c'est pour y remédier que le médecin, tenant compte de la cause mécanique qui produit les congestions pulmonaires chez les vieillards,

doit pratiquer, au début, de larges saignées pour faire cesser les obstacles à la circulation, et faire soutenir en même temps les forces, s'il n'y a pas d'appareil fébrile, par une alimentation légère. J'ai été souvent témoin, à la Salpêtrière et à Bicêtre, des effets avantageux de cette diététique encore peu usitée.

Les vésicatoires n'ont pas ici le même effet que les émissions sanguines. Leur action est le plus souvent insuffisante, s'ils sont employés seuls; mais ils concourent puissamment, avec l'aide des saignées, à faire disparaître la matité qui persiste long-temps après que les grands symptômes de suffocation ont cessé.

Chez les enfans. Le traitement varie suivant leur âge. Chez les enfans encore à la mamelle, le premier soin est de ne point gêner la respiration par le maillot; on a recours en même temps aux fomentations et aux cataplasmes émolliens sur le côté malade. Diète du sein maternel pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures; quelques cuillerées d'eau sucrée, de lait d'amandes le remplaceront. On peut opérer aussi une révulsion salutaire au moyen de ventouses sèches, de petits vésicatoires, et surtout de sinapismes promenés sur les extrémités inférieures. Dans quelques cas, deux ou trois sangsues opèrent un dégorgement salutaire; mais aussi la perte de sang occasionée par cette application jette quelquefois l'enfant dans un état de faiblesse qui peut accélérer sa mort. Je pense qu'il faut s'abstenir de l'ipécacuanha, qui est administré dans presque toutes les maladies des enfans; car, en supposant qu'il pût exciter la sécrétion des mucosités bronchiques, ce serait déterminer chez l'enfant un besoin qu'il ne pourrait satisfaire, puisque, chez lui, l'expectoration n'a presque jamais lieu. Les bronches d'ailleurs sont bien rarement malades, la pneumonie étant le plus ordinairement consécutive.

Si les enfans approchent de la puberté, le traitement diffère peu de celui des adultes. On doit avoir recours à la saignée générale une ou plusieurs fois, selon l'effet qu'elle produit, l'intensité de la pneumonie

et la constitution du malade. On fait ensuite appliquer des sangsues sur le point le plus douloureux de la poitrine, et enfin plusieurs vésicatoires volans, si la résolution ne s'opère pas promptement. M. le docteur *Guersent* a employé avec succès l'émétique, selon la méthode de *Rasori ;* mais la fréquence des affections intestinales chez les enfans, et la facilité avec laquelle elles se développent sous l'influence des causes les plus légères, doit rendre très-circonspecte l'administration du tartre stibié à haut dose.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.

II.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

III.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

IV.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

V.

Renum et vesicæ dolores difficulter sanantur in senibus. *Sect.* 6, *aph.* 6.

VI.

Si mulieri menses non fluxerint, nec accesserit horror, nec febris, impotentia autem, animi deliquia, cibi aliena fastidia, appetitus absurdi ipsi supervenerint, hanc gravidam puta. *Sect.* 5, *aph.* 61.